



Distretto
Socio Sanitario
LT/5



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO "LT/5"
Comuni di: GAETA, FORMIA, MINTURNO, ITRI, SS. COSMA E DAMIANO,
CASTELFORTE, SPIGNO SATURNIA, PONZA E VENTOTENE
Ufficio Integrazione Socio Sanitaria: Gaeta Piazza XIX MAGGIO, Tel. 0771 469448
e-mail: integr.distrettosud@tiscali.it pec: distrettosociosanitarioformiagaeta@pec.it

**AVVISO PUBBLICO DISTRETTUALE
CONCESSIONE DI ASSEGNI DI BASE
AFFIDAMENTO FAMILIARE DI MINORI
(L.184/83 e sue modifiche L.149/2001 e L. 173/2015)**

Vista la legge 8 novembre 2000, n. 328 recante "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";

Richiamato il Regolamento per la concessione del contributo economico approvato con Deliberazione di Giunta Comunale n. 408 dell'11 dicembre 2008;

Vista la DGR 136/2014 che ha programmato le risorse dei Piani di Zona dei Distretti Sociosanitari ed ha approvato le Linee Guida per la programmazione degli interventi di politica sociale familiare previsti nella Misura 4.1 "Assegni economici per affidi familiari di minori";

Vista Legge Regionale 10 agosto 2016, n. 11 "Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio";

Visto il Piano Sociale di Zona del Distretto Socio-Sanitario LT/5, approvato nella seduta del Comitato dei Sindaci n. 7 del 31/10/2018, contenente il progetto "Affidamento familiare" (misura 4.1);

Visto il Verbale n. 1 del 13.01.2019 del Comitato Istituzionale con cui si è approvato l'Avviso pubblico distrettuale relativo Regolamento e modello di domanda;

SI RENDE NOTO

Che è possibile accedere alla concessione, di un ASSEGNO DI BASE mensile, fino a un max di €. 200,00 mensili, destinato a famiglie o persone singole, presso cui sono collocati minori in affidamento.

REQUISITO NECESSARIO

Residenza dei minori affidati in uno dei 9 Comuni afferenti al Distretto LT/5.

FINALITA' DELL'INTERVENTO

Con l'erogazione dell'ASSEGNO DI BASE (contributo economico trimestrale) il Distretto LT/5 concorrerà alle spese varie, sostenute dagli affidatari per ogni esigenza del minore. Nel caso di affidamento di fratelli allo stesso nucleo affidatario, l'importo del sostegno è erogato in modo uguale per ciascun bambino in affidamento.

TERMINI E MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

Il presente bando sarà pubblicato sul sito del Comune di Gaeta, Comune Capofila e dei Comuni afferenti al Distretto LT/5.

La domanda debitamente compilata dovrà essere redatta su apposito modello (Allegato A), disponibile presso l'ufficio dei servizi sociali o scaricabile dai siti del Comune di Gaeta, comune Capofila del distretto LT/5 e dei Comuni afferenti allo stesso.

Le domande potranno pervenire dal giorno _____ al giorno _____ per la prima scadenza, al protocollo generale dei nove Comuni del Distretto LT/5, tramite un plico debitamente chiuso e controfirmato su tutti i lembi di chiusura in maniera da garantirne l'integrità. Il plico, oltre al nome e all'indirizzo del mittente, dovrà riportare la dicitura **NON APRIRE - DOCUMENTI CONCESSIONE ASSEGNO DI BASE - MISURA 4.1 - DISTRETTO LT/5.**

Il recapito del plico, che potrà avvenire a mano, con raccomandata A/R o mediante Agenzie di recapito autorizzate, rimane a totale rischio del mittente e farà fede il timbro di ricezione ai Comuni del Distretto LT 5.

Il presente Bando è aperto e le domande potranno essere presentate ogni 90 giorni dalla prima scadenza fino ad esaurimento delle risorse finanziarie disponibili per singole annualità e saranno valutate entro i 90 giorni successivi ad ogni scadenza.
I Beneficiari potranno presentare una domanda per ogni annualità

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

Alla domanda, compilata in tutte le sue parti, dovrà essere obbligatoriamente allegata la seguente documentazione, pena l'esclusione dal beneficio di che trattasi:

- DECRETO DI AFFIDAMENTO;
- CERTIFICATO DI RESIDENZA DEL/I MINORE/I

ISTRUTTORIA DELLE DOMANDE

L'Ufficio Integrazione Socio sanitaria del Distretto LT/5, a seguito dell'acquisizione delle richieste presentate, provvederà:

- 1) all'istruttoria amministrativa delle istanze pervenute ai fini dell'ammissibilità delle stesse;
- 2) attiverà le procedure per l'erogazione dell'ASSEGNO DI BASE (Contributo economico trimestrale) agli aventi diritto.

Verrà data priorità alle famiglie con più minori in affido.

L'Ufficio Integrazione Socio sanitaria del Distretto LT/5, per il tramite degli Assistenti Sociali del Comune di residenza del/i minore/i comunicherà ai beneficiari l'avvenuta concessione trimestrale del contributo.

DECADENZA O SOSPENSIONE CASI PARTICOLARI

Eventuali modifiche alle modalità di fruizione del servizio, rispetto a quelle inizialmente previste, dovranno essere comunicate anticipatamente sia al Servizio Sociale competente sia all'Ufficio Integrazione Socio Sanitaria del Distretto LT/5.

L'erogazione del contributo decade dal giorno in cui il minore in affido lascia il nucleo familiare affidatario e deve essere documentata da una dichiarazione rilasciata dall'ente che aveva disposto il collocamento.

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il trattamento dei dati personali presenti nelle domanda e negli allegati, ai sensi del D.Lgs. 30/06/2003 n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679) avverrà, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento di che trattasi e per le finalità strettamente connesse alle funzioni istituzionali degli enti preposti.

Per ogni utile informazione è possibile rivolgersi presso:

Sede del Distretto LT/5	PIAZZA XIX MAGGIO, GAETA	Tel. 0771/469448
Comune di Formia	Via Lavanga, 140	Tel. 0771/778613
Comune di Gaeta	Piazza XIX Maggio	Tel. 0771/469465
Comune di Minturno	Via Principe di Piemonte,1	Tel. 0771/6608263
Comune di Itri	P.zza Umberto, 1	Tel. 0771/732120
Comune di SS. Cosma e Damiano	L.go E. De Nicola, 5	Tel. 0771/607829
Comune di Castelforte	P.zza Municipio,1	Tel. 0771/607925
Comune di Spigno Saturnia	P.zza Dante,1	Tel. 0771/64021 (8)
Comune di Ponza	P.zza Pisacane, 1	Tel. 0771/80108
Comune di Ventotene	P.zza Castello, 1	Tel. 0771/85014

Il Dirigente
(Dott. Pasquale Fusco)

ALLEGATO A)

Al Comune di Gaeta

capofila del Distretto Socio Sanitario LT/5

per il tramite
del COMUNE di _____

**DOMANDA
PER LA CONCESSIONE DI ASSEGNI DI BASE
A SOSTEGNO DELL’AFFIDAMENTO FAMILIARE DI MINORI
(L.184/83 e sue modifiche L.149/2001 e L. 173/2015)**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Nome e Cognome	
Luogo e Data di nascita	
Indirizzo di residenza o domicilio	
Telefono	

IN QUALITA’ DI _____

CHIEDE

**LA CONCESSIONE DI ASSEGNI DI BASE
A SOSTEGNO DELL’AFFIDAMENTO FAMILIARE DI MINORI
(L.184/83 e sue modifiche L.149/2001 e L. 173/2015)**

Nome e Cognome	
Luogo e Data di nascita	
Indirizzo di residenza o domicilio	

Nome e Cognome	
Luogo e Data di nascita	
Indirizzo di residenza o domicilio	

Nome e Cognome	
Luogo e Data di nascita	
Indirizzo di residenza o domicilio	

TIPOLOGIA DELL’AFFIDAMENTO:

DURATA DELL’AFFIDAMENTO _____

CERTIFICAZIONI “OBBLIGATORIE” DA ALLEGARE

DECRETO DI AFFIDAMENTO FAMILIARE DEL TRIBUNALE PER I MINORENNI

CERTIFICATO DI RESIDENZA DEL MINORE/I NEL TERRITORIO DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO

LUOGO E DATA _____

FIRMA del genitore affidatario

Autorizzo il trattamento dei dati personali presenti nella domanda e negli allegati, ai sensi del D.lgs. 30/06/2003 n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679 e dichiaro di essere informato che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito di questo procedimento e per le finalità strettamente connesse alle funzioni istituzionali degli Enti preposti.

LUOGO E DATA _____

FIRMA del genitore affidatario
